

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

No 479

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 14 juillet 1898, à 1 heure

PAR

Ernest D'ACHEUX

LA PHLÉBITE BLENNORRHAGIQUE

Président : M. FOURNIER, professeur.

Suffragants : { MM. TILLAUX, professeur.
HUMBERT et THIERY, agrégés.

PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

23-25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23-25

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

N°

479

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 11 juillet 1898, à 1 heure

PAR

Ernest D'ACHEUX

LA PHLÉBITE BLENNORRHAGIQUE

Président : M. FOURNIER, professeur.

Suffragants : } MM. TILLAUX, professeur.
HUMBERT et THIERY, agrégés.



PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

23-25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23-25

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Matière médicale et Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
	CHANTEMESSE.
	POTAIN.
Clinique médicale	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants.	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale.	
Clinique des maladies nerveuses.	JOFFROY.
	RAYMOND.
	BERGER.
Clinique chirurgicale.	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements.	BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARIE.	SEBILEAU.
ALBARRAN.	GILBERT.	MENETRIER	THIERY.
ANDRE.	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT.
BAR.	TOURETTE.	NETTER.	TUFFIER.
BONNAIRE.	GLEY.	POIRIER, chef des	VARNIER.
BROCA.	HARTMANN	travaux anatomiques.	WALTHER.
CHARRIN.	LEJARS.	RETTERER.	WEISS.
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD.	WIDAL.
DELBET.	MARFAN.	ROGER.	WURTZ.

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MA FEMME, A MA FILLE

A MON FRÈRE, A MA SOEUR

MEIS ET AMICIS

INTRODUCTION

On est d'accord, aujourd'hui, pour regarder la blennorrhagie comme une maladie infectieuse générale.

Les travaux de Pidoux, de Chotier, de Neumann, de Jacobi, de Fournier et de bien d'autres ; les nombreux exemples de blennorrhagiques atteints de fièvre, d'état gastrique, d'anémie, de cachexie, et surtout la découverte de l'agent pathogène par Neisser, ont décidément mis cette question hors de doute.

Les manifestations et les complications de la blennorrhagie sont nombreuses ; on voit le gonocoque se multiplier sur les muqueuses pour produire l'ophtalmie, la stomatite, la rectite, sur les séreuses, pour produire la péritonite, la pleurésie, l'arthrite, la synovite, la péricardite, sur les différents viscères, pour donner lieu à l'albuminurie, la néphrite, l'endocardite la myélite, etc., et nul doute que l'on ne découvrira encore de nouveaux méfaits sur le compte du gonocoque : il n'y a pas longtemps, par exemple qu'il fut accusé de provoquer la phlébite et les travaux sur cet intéressant sujet, sont bien peu nombreux ! Y a-t-il une phlébite blennorrhagique comme une phlébite syphilitique, une phlébite rhumatismale ou une phlébite puerpérale ? Cette affection paraît exister réellement, et l'on connaît déjà un certain nombre d'observations de cette manifestation gonhémique ; notre

travail rassemble les observations incontestables seulement, qui sont au nombre de dix, auxquelles nous ajoutons celle que MM. les docteurs Monteux et Lop, viennent de communiquer au Congrès tenu à Montpellier en avril 1898, et une, inédite, recueillie dans le service de M. Siredey, à l'hôpital Saint-Antoine.

Avant d'entrer dans notre sujet, il nous est un devoir agréable de remercier publiquement nos professeurs de l'École de Médecine d'Alger, ainsi que tous nos maîtres de l'hôpital de Mustapha, qui nous ont dirigé dans nos études et aidé de leurs conseils. Nous avons reçu à Paris un accueil très bienveillant de M. le docteur Siredey, qui nous a suggéré cette thèse, et auquel nous adressons nos vifs remerciements pour les conseils qu'il nous a donnés.

Qu'il nous soit permis d'exprimer toute notre gratitude à M. le professeur Fournier qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

HISTORIQUE

Le premier cas de phlébite blennorrhagique a été publié, il y a trente ans à peine, par Vœlker dans une thèse inaugurale (1868).

La même année, Empis en publie un second qui est rapporté en 1869 dans la thèse de Lelong. Depuis lors, cette affection donne lieu aux thèses de Vidart (Paris 1875), de Bilton Pollard (1886) et de Martel (1887); il faut citer également l'article de Besnier dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, et celui de Talamon dans la *Revue de Médecine et de chirurgie* (1878) : ces derniers insistent sur la rareté de la maladie, mais n'en donnent aucune description.

En 1888, Stratigopoulos, dans une thèse de Montpellier rassemble treize cas de phlébite blennorrhagique et en donne une bonne étude.

En 1895, M. Gouget publie dans la *Presse Médicale* une étude critique de cette affection et apporte une observation nouvelle.

Cette même année paraît, à Lille, la thèse de Patoir « l'Infection blennorrhagique, ses accidents généraux et manifestations à distance ». — L'année d'après, Marc Sée publie une remarquable thèse, « le Gonocoque », dans laquelle il pose la spécificité de la blennorrhagie, et étudie la généralisation du microbe dans l'économie. Vers la même époque paraissait également la thèse d'Espagnac dans laquelle on

trouve toutes les observations publiées jusqu'à ce jour, plus une nouvelle, en tout seize observations.

Enfin M. Guiard vient de faire paraître les « Complications locales et générales de la blennorrhagie aiguë et chronique (Paris 1898) : on y trouve une description brève de la phlébite blennorrhagique.

Nous venons de dire que l'on connaissait seize cas de phlébite gonococcique : mais sur ce nombre six sont contestables ;

La première est celle de Voëlker, relative à un malade de Demarquay, nettement rhumatisant ; chez lui, la double phlébite de la fémorale droite, puis de la saphène interne gauche, se termina en deux semaines et s'accompagna de poussées articulaires, que l'on peut mettre sur le compte du rhumatisme pur.

La seconde, due à Empis, concerne une femme de 29 ans, rhumatisante depuis l'âge de 18 ans ; elle est donc suspecte. — Il en est de même pour celle relative à un malade du service de Mauriac, reproduite dans les thèses de Martel, de Stratigopoulos et d'Espagne. L'observation de Bilton Pollard est douteuse quand à la netteté de la blennorrhagie. Le malade de French Banham fut atteint de prostatite, il fut cathétérisé et présenta aussi de la phlébite ; on doit supposer que l'inflammation veineuse, dans ce cas, fut secondaire à l'infection purulente et déterminée par des microbes ordinaires.

La dernière est le cas rapporté par Perrin au Congrès de Dermatologie de 1889, sous le titre « Blennorrhagie aiguë, balanoposthite gangréneuse, pleurésie diaphragmatique, arthrite sterno-claviculaire, phlébite double des membres inférieurs, guérison. » Dans ce

dernier fait, la phlébite peut avoir eu pour origine la balano-posthite, ou une autre affection purulente dont le malade était porteur.

Nous ne retiendrons par conséquent que dix de ces observations.

ÉTIOLOGIE

La phlébite blennorrhagique se rencontre surtout, comme l'affection dont elle découle, chez les individus âgés de 17 à 35 ans.

Quand au sexe, le masculin semble être le préféré de la phlébite, puisque, sur 12 cas, nous trouvons 8 hommes et quatre femmes.

Toutefois, on ne doit pas tirer de ces chiffres une conclusion bien rigoureuse, car la blennorrhagie est également bien plus fréquente chez l'homme que chez la femme.

L'influence des professions est manifeste ; la plupart des sujets atteints ont une profession fatigante, qui expose aux traumatismes, aux troubles circulatoires, etc ; (domestiques, cuisiniers, tonneliers, etc).

Le pseudo-Rhumatisme infectieux joue un rôle provocateur dans la phlébite blennorrhagique, comme nous le verrons à propos de la pathogénie ; de même que le rhumatisme simple, vrai, joue un grand rôle dans la phlébite rhumatismale, que l'on peut rapprocher de la phlébite blennorrhagique.

Les varices ouvrent la porte aux infections veineuses et il suffit que le gonocoque soit versé dans la circulation pour qu'il trouve dans les veines variqueuses un terrain propice à son installation.

PATHOGÉNIE

La pathogénie de la phlébite blennorrhagique est liée à celle du rhumatisme blennorrhagique. Pour ce dernier, on se souvient de la belle discussion que souleva sa nature, à la Société médicale des Hôpitaux, en 1867, à laquelle prirent part Peter, Lorain, Fournier, Féréol. — Pour Peter, la blennorrhagie était une maladie locale de l'urèthre : « il n'y a donc pas, disait-il, il ne peut y avoir de diathèse blennorrhagique ; la facilité de développement de la blennorrhagie chez certains sujets, sa répétition, sa coïncidence avec l'arthrite ou l'ophtalmie, tiennent à la diathèse rhumatismale ; il n'y a donc pas de rhumatisme blennorrhagique, mais une blennorrhagie, une arthrite rhumatismales. » Ceci montre bien le rôle du rhumatisme dans les manifestations articulaires de l'infection gonococcique, auxquelles sont liées intimement les manifestations veineuses, mais à cette époque, de nombreux auteurs (Hiry, Profeta), soutenaient qu'il n'y avait aucune relation de causalité entre le rhumatisme et la blennorrhagie, les deux maladies étaient simplement coïncidentes. Au contraire, Féréol avançait qu'il « existe une diathèse blennorrhagique, spéciale, analogue à la diathèse syphilitique sans lui être identique ; elle est acquise par le fait de l'infection d'un catarrhe spécial des voies urinaires et génitales, blennorrhagiespécifique et constitutionnelle : elle peut

déterminer des arthrites ». Cette opinion a été confirmée et assise sur de fortes bases par des travaux récents. En 1882, Bouchard a classé les complications articulaires de la blennorrhagie parmi les pseudorhumatismes, à côté des arthrites, de la pyohémie, etc...

Ce sont des décharges de matière phlogogène qui s'opèrent sur la jointure, et ici la matière phlogogène est le gonocoque; or, on a trouvé précisément ce microbe dans les articulations atteintes.

De même, le professeur Tédénat a constaté deux fois sa présence dans la veine atteinte de phlébite blennorrhagique; la phlébite prend donc place parmi les manifestations extra-génitales de la blennorrhagie; le gonocoque peut se propager des veines de la verge, du vagin et de l'urèthre, aux veines hypogastrique, iliaque externe, fémorale et saphène interne; il peut aussi venir de l'articulation atteinte, ou enfin être lancé dans la circulation générale et s'arrêter sur un point favorable à son développement, dans une veine par exemple.

SYMPTOMATOLOGIE

Les symptômes de la phlébite gonococcique sont généraux et locaux : les premiers sont plus ou moins marqués, et dépendent également de l'arthrite concomitante et de la blennorrhagie elle-même.

Tantôt la fièvre fait défaut, l'appétit est conservé, le malade ne maigrit pas, son état général ne présente rien d'anormal, tantôt au contraire, la fièvre est vive, il y a du malaise, de l'insomnie, de la céphalalgie, des troubles digestifs, anorexie, nausées, vomissements, symptômes qui dénotent un état infectieux bien marqué.

Les symptômes locaux sont généralement très nets :

Le premier est la douleur, d'abord vague, diffuse et plus ou moins accentuée ; elle est spontanée, mais est augmentée par la pression ; puis elle se localise le long du vaisseau affecté.

Au palper, on sent le long du membre sur une longueur variable, un cordon induré, arrondi plus ou moins net, qui indique le trajet de la veine, lequel du reste est souvent dénoté par une trainée rose sur la peau.

L'œdème est fréquent, sans être cependant constant ; il est tantôt mou, tantôt dur et apparaît soit au niveau du segment de membre affecté, soit à l'extrémité, aux malléoles. Les mouvements du membre sont

limités et exacerbent la douleur ; généralement un seul membre est atteint, mais les deux côtés peuvent se trouver frappés.

La phlébite blennorrhagique a une durée moyenne de trois semaines à deux mois ; sa durée la plus courte a été observée par Gouget ; chez sa malade, les accidents ne dépassèrent pas huit jours ; par contre la phlébite a pu se prolonger pendant trois mois. Elle est sujette à rechutes ; ainsi le malade de Hamonic, après une première attaque qui dura quinze jours, fut de nouveau pris, au bout de vingt jours, d'une seconde poussée sur la même veine.

Un malade de Tédénat eut deux atteintes successives sur le même vaisseau ; un autre du même auteur, eut une rechute localisée à la veine voisine de la première.

La suppuration n'a jamais été observée ; la maladie se termine toujours par guérison, lente à se produire : les phénomènes généraux disparaissent les premiers, la température tombe, puis la douleur diminue, mais l'induration veineuse persiste parfois longtemps, et le malade conserve longtemps une certaine gêne du membre affecté.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La guérison étant la règle, on n'a jamais fait d'autopsie et les lésions de la phlébite gonococcique ne sont pas connues ; mais il est très probable qu'elles sont identiques à celles des autres phlébites infectieuses.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic est facile ; il suffit d'un peu d'attention pour distinguer la phlébite des douleurs musculaires ou névralgiques, à son début, de la lymphangite un peu plus tard ; la douleur suivant un trajet indiqué par un cordon induré, l'œdème concomitant, ne permettent pas l'erreur ; on déterminera l'origine de la maladie grâce à l'existence d'une blennorrhagie et d'une arthrite. Si le malade était nettement rhumatisant, on pourrait songer à une phlébite rhumatismale, et, dans ce cas, il serait plus difficile d'affirmer la nature gonococcique de la phlébite : l'existence du gonocoque dans le liquide de l'épanchement articulaire trancherait la question.

TRAITEMENT

Le repos est le point capital du traitement : le malade doit être tenu au lit, le membre atteint immobilisé rigoureusement, dans une gouttière ; l'enveloppement ouaté, la suspension, rendent de grands services contre l'œdème. On peut également faire usage de topiques locaux, tels que l'onguent napolitain simple ou belladonné, la teinture de digitale, les préparations laudanisées, etc.

En cas d'état général défavorable, donner le sulfate de quinine, l'antipyrine, veiller sur les fonctions digestives, administrer de légers purgatifs, et ne tolérer qu'une alimentation légère, tout en soutenant le malade par des toniques.

Nous n'insisterons pas sur le traitement de la blennorrhagie et de l'arthrite concomitantes, que l'on soignera à l'aide des moyens habituels.

OBSERVATIONS

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (inédite). (Prise par M. ROGER, externe, à l'hôpital Saint-Antoine dans le service de M. SIREDEY).

La nommée David Marie, 49 ans, domestique, a toujours joui d'une bonne santé : pas d'antécédents rhumatismaux.

Le 17 mars 1898, elle fut prise de douleurs assez vives au niveau du cou-de-pied gauche, qui la forcèrent à garder le lit pendant huit jours : le pied était tuméfié, la marche impossible ; la malade dit qu'elle avait des pertes depuis un certain temps.

Le 28, elle se décida à entrer à l'hôpital ; admise dans un service de chirurgie, elle y resta cinq jours ; elle ne suivit aucun traitement mais fut évacuée dans le service de M. Siredey, où elle occupa le lit n° 20 de la salle Chomel.

A son arrivée, on constate un gonflement douloureux du pied, s'étendant d'un travers de main au-dessus des malléoles jusqu'à la racine des orteils, surtout marqué à la face antérieure et externe ; la pression exercée le long des gaines des muscles extenseurs détermine une vive douleur : les mouvements passifs sont impossibles. Si l'on essaye de mobiliser les articulations tibio-tarsienne et médio-tarsienne, on obtient quelques mouvements qui arrachent des cris à la patiente.

Le lendemain, examen au spéculum : on note un peu d'inflammation vulvaire, et un écoulement vaginal abondant, puriforme, de couleur jaune verdâtre, laissant sur le linge des taches caractéristiques : les culs de sac latéraux, non empâtés, sont douloureux à la pression. Le col de l'utérus est petit,

pointu, en dôme, enflammé, avec une gouttelette visqueuse filtrant par l'orifice externe.

Le méat urinaire est rouge et la malade accuse de la chaleur à la miction.

Diagnostic. Blennorrhagie. — Synovite avec un peu d'arthrite du pied gauche.

Traitement. Injections prolongées de permanganate de potasse ; applications de salicylate de méthyle sur le pied.

Même état jusqu'au 4 avril. A cette époque, la malade se plaint de douleurs à la cuisse et à la jambe gauches ; — l'examen des régions, permet de constater une traînée rose le long du trajet de la veine saphène interne ; on note un léger œdème du membre, et la palpation est à peine supportée.

La malade n'ayant pas d'antécédents rhumatismaux ou puerpéraux, et ne présentant pas d'autre infection que l'infection blennorrhagique, le diagnostic de phlébite gonococcique s'impose.

Traitement. — Applications laudanisées sur la cuisse gauche : on continue les applications de salicylate de méthyle sur le pied.

Le 9 avril, le membre est très douloureux et l'œdème a fort augmenté : application d'une gouttière ouatée.

L'état général paraît satisfaisant ; pas de fièvre, appétit très peu diminué.

Le 15, la malade se sent mieux, mais on ne touche pas l'appareil ouaté.

Le 21, la malade, débarrassée de la gouttière, essaye de poser le pied à terre et de marcher, bien que l'œdème et la douleur soient encore assez prononcées ; le pied enfle alors et devient violacé ; la circulation était insuffisante dans le membre gauche, qui est placé de nouveau dans une gouttière. Celle-ci est enlevée le 5 mai, le pied est peu douloureux, la marche est possible, l'écoulement gonococcique a presque totalement disparu à la suite des lavages de permanganate de potasse.

La malade sort guérie le 23 mai.

OBSERVATION II

(Cette observation qui fut l'objet d'une communication au Congrès de Montpellier (avril 1898) est due à l'obligeance de MM. MONTEUX et LOP).

Jeune homme de 20 ans, sans antécédents rhumatismaux, contracte en mars 1897 une blennorrhagie qu'il ne traite pas ; il continue au contraire à faire usage de la bicyclette et de spiritueux.

Quinze jours après le début de l'écoulement urétral, apparaît une arthrite tibio-tarsienne droite qui, rebelle à tout traitement, dure plus de sept mois et se termine par une légère ankylosé tibio-tarsienne.

Le soir du sixième jour de son arthrite, trois semaines par conséquent après le début de la blennorrhagie, le malade est pris de frissons, avec élévation de température, à 38°4 ; en même temps il accuse une vive douleur dans la région inguinale droite : l'examen de la région ne révèle rien de particulier si ce n'est une sensibilité marquée, dans le triangle de Scarpa, pendant la nuit, malaise, douleurs lancinantes le long du membre.

Le lendemain matin, on constate un léger œdème de la jambe ; la pression de la région détermine de fortes douleurs le long de la veine saphène interne, qui se révèle par un cordon roulant sous le doigt.

Le seul diagnostic possible est celui de phlébite gonococcique et d'arthrite consécutives à une blennorrhagie concomitante.

Le soir un œdème blanc très accusé avait envahi tout le membre : la palpation de la veine était alors impossible. Trois jours après l'apparition de cet œdème, se montrèrent sur la face antérieure du membre de petites plaques bleuâtres, indices d'une circulation veineuse supplémentaire.

Cette phlébite mit environ cinq semaines pour disparaître, la température ne resta élevée que pendant trois jours, l'œdème resta stationnaire pendant douze jours, pour décroître graduellement ensuite et disparaître le vingt-sixième jour.

L'induration veineuse peu accentuée, et une légère raideur du genou, furent les seuls reliquats de la maladie.

OBSERVATION III

(Observation XIII de la thèse de LELONG, due à FOUILLOUX)

X..., âgé de dix-sept ans, apprenti boucher, entre le 6 février 1869, à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Michel, n° 14, dans le service d'Isambert.

Ce jeune homme s'est livré pour la première fois au coït, il y a un mois environ, et depuis il ne s'est pas aperçu que le coït fut suivi d'aucune conséquence fâcheuse pour sa santé. C'est seulement cinq jours avant son entrée à l'hôpital, qu'il fut pris d'une céphalalgie violente, accompagnée de nausées, de lumbago, etc.

Il y a deux jours, apparurent de la douleur et de la pesanteur dans le testicule gauche.

7 février. Le malade est dans l'état suivant; état saburral de la langue, qui est rouge à la pointe et sur les bords, inappétence absolue, facies rouge, céphalalgie vive, abdomen plutôt aplati que ballonné, un peu de gargouillement iléo-cæcal : Contractions fibrillaires isolées du biceps. Puls, 100, température axillaire 38°6 ; respiration, 28 par minute.

Tuméfaction du testicule gauche, affectant principalement l'épididyme qui est très douloureux à la pression et spontanément surtout dans la portion déclive. Le cordon spermatique, volumineux, est également douloureux ; phimosis assez prononcé, qui permet pourtant de découvrir le méat urinaire rouge, d'où s'écoule une sérosité louche.

Il existe du lumbago et une arthralgie polyarticulaire siégeant surtout sur les membres inférieurs et sur le membre supérieur droit qui, du reste, a été, il y a quelques jours, soumis à une cause de contusion assez violente.

Diagnostic. — Blennorrhagie, orchite blennorrhagique rhumatisme.

Traitement. — Repos au lit, tisane de graine de lin ; copahu et cubèbe ; suspension du testicule malade à l'aide de la plaque de gutta-percha ; trois sangsues sur le trajet du cordon.

Le 8 février, facies rouge, peau chaude et sèche, température dans l'aisselle, 40°2 ; langue blanchâtre, soif vive, trois selles liquides dans les 24 heures. Le testicule droit se prend à son tour. Œdème et coloration rouge du scrotum.

Épanchement douloureux du genou gauche. Gonflement douloureux et rouge du bras droit, avec sensation de cordon arrondi, noueux, le long du trajet de la veine humérale ; membre arrondi en gigot. Douleur dans le côté droit.

Prescription. — Emétique en lavage.

Le 9 février, épistaxis dans la journée ; langue sèche, rouge à la pointe ; pouls 116, dicrote et dépressible. Respiration, 32, température, 40°2 ; le reste *ut supra*. Le malade est toujours dans un état typhoïde assez prononcé ; le bras droit toujours aussi gonflé.

Prescription. — Sulfate de quinine, 0,50. Vésicatoire sur le genou gauche.

Le 11, la fièvre est tombée ; la langue est encore un peu sèche ; le gonflement du bras est maintenant peu douloureux ; la rougeur disparaît ; la rénitence générale est moindre ; le membre est surtout œdémateux.

L'orchite est, des deux côtés, beaucoup moins volumineuse et moins douloureuse. La peau des bourses est le siège d'une desquamation étendue. L'écoulement urétral est toujours insignifiant.

Le 12, même état ; l'orchite, surtout la gauche, est en voie de guérison rapide : la tuméfaction du bras est de plus en plus œdémateuse ; on sent de plus en plus distinctement sur le trajet de la veine humérale, un cordon dur, douloureux, et de loin en loin, des nodosités saillantes.

Toujours sulfate de quinine 0,50. Sur les parties douloureuses, frictions d'onguent napolitain belladonné et cataplasmes.

Le 14, deux frissons de chacun 10 minutes dans la journée ; l'un, à 3 heures, l'autre, à 5 heures 1/2 du soir ; langue sèche, insomnie, soif vive. Pouls, 112 ; respiration, 24 ; température, 39°4.

L'orchite va toujours s'améliorant : l'écoulement n'augmente pas. L'empâtement du membre supérieur droit se limite en une tuméfaction œdémateuse de la face interne du bras. Vers la partie moyenne seule, une teinte bleuâtre, des restes d'écchymose indiquent l'état phlegmoneux antérieur du membre et peut-être la contusion qu'il a subie.

Mais, d'autre part, le membre inférieur, situé dans la demi-flexion et la rotation en dehors, est douloureux à la pression. Il est augmenté de volume, et il est le siège d'un empâtement général, sans rougeur à la peau. Sauf au niveau du point où la saphène se jette dans la veine fémorale, on n'y sent pas de cordon induré. De son côté, le membre inférieur droit est aussi immobile et douloureux à la pression. Il est dans l'extension et la rotation en dedans : pas de tuméfaction.

Le 15, le gonflement du bras droit et de la jambe gauche diminue. Le membre inférieur droit devient plus douloureux, surtout au niveau du triangle de Scarpa, et quand on exerce une pression sur ce point. L'articulation tibio-tarsienne aussi, est extrêmement sensible. Ce même jour, apparaît une gingivite, et, sur la paroi thoracique, une éruption copahique formée de taches rouges, irrégulières, légèrement saillantes, prurigineuses, disparaissant momentanément par la pression du doigt. Le malade porte d'ailleurs, d'ancienne date, de larges plaques de psoriasis au-devant de l'éminence tibiale antérieure, de chaque côté.

L'état général est encore assez mauvais. Pouls, 116 ; respiration, 36 ; température dans l'aisselle, 39° 6.

Suppression du copahu.

Le 16, l'état général s'améliore : pouls, 112 ; respiration, 24. Toutefois, le malade a eu encore six selles dans les 24 heures et deux légers frissons, l'un à 11 heures, l'autre à 4 heures. Langue humide : l'éruption copahique est toujours intense ; elle s'accompagne maintenant d'une éruption miliaire abondante sur la partie recouverte de cataplasmes (membres supérieur droit et inférieur gauche). Sulfate de quinine.

Le 17, pouls, 96 ; respiration, 24. Le soir, il a eu, vers 1 heure, encore un léger frisson. L'éruption copahique pâlit ; l'éruption miliaire est dans tout son éclat ; le gonflement des membres diminue.

Le 18, pouls, 112, fort et plein ; respiration, 24 ; température, 39°2. L'œdème du bras droit, bien que limité à une portion peu étendue, est considérable en ce point. Le cordon formé par les veines est très appréciable au toucher. L'éruption reste stationnaire.

Le 21, un peu d'épistaxis et un léger frisson dans la journée d'hier.

Le 24, l'état général est satisfaisant : l'œdème du membre supérieur droit se limite de plus en plus à la partie interne du bras, mais les deux membres inférieurs sont complètement œdématiés, du pied au pli de l'aîne qui est le siège d'un engorgement ganglionnaire considérable de chaque côté ; la douleur y est très vive, mais elle est considérablement et rapidement diminuée par la suspension du membre dans une sorte de hamac à claire-voie ; elle reparait en même temps que l'engorgement se prononce davantage quand on néglige quelque temps cette suspension. Le sacrum est érythémateux avec tendance aux eschares ; toujours pas d'écoulement urétral.

Le 2 mars, la santé va toujours s'améliorant : les symptômes de la phlébite du membre supérieur suivent la même marche décroissante ; l'engorgement des membres inférieurs diminue, surtout à droite.

Le genou gauche reste le siège d'un épanchement qui a nécessité, le 27 février, l'application d'un second vésicatoire. Julep avec teinture de colchique.

Le 8, l'état général est tout à fait satisfaisant. Le pouls seulement garde un peu de fréquence vers le soir. 120 pulsations.

Au bras droit, on ne sent plus que l'induration du tissu cellulaire sous-cutané, à la partie inférieure et interne ; la jambe droite, qui n'est plus suspendue depuis quelques jours, est encore un peu œdématiée, les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne y sont douloureux et difficiles ; le genou gauche est encore gonflé, douloureux, demi-fléchi, et ne peut supporter aucun mouvement ; les tentatives d'extension, qui ne donnent presque aucun résultat, y déterminent des craquements articulaires ; le gonflement paraît dû à l'empâtement des tissus plutôt qu'à la présence du liquide dans l'article.

Sur le tronc, desquamation furfuracée ; la peau est partout

un peu sèche. On place le membre gauche dans une gouttière métallique pour obtenir l'extension. Julep avec 0,50 par jour d'iodure de potassium.

Le 16, le gonflement du genou gauche diminue, mais lentement. Frictions iodées tous les deux jours.

1^{er} avril. Le malade est entré franchement en convalescence ; pourtant il existe un peu d'œdème du bras. Celui des membres inférieurs persiste aussi, surtout à gauche, bien qu'il diminue peu à peu. Le genou gauche reste gros, l'articulation est entourée de tissus épaissis qui n'ont pas de tendance à se résorber. Applications de quelques raies de feu pour accélérer cette résorption.

Le 15 avril, l'amélioration continue à se faire lentement, le malade ne se lève pas encore et tout fait craindre qu'il ne reste longtemps à l'hôpital.

OBSERVATION IV

(Tirée de la thèse de VIDART (1875))

Le nommé Desf..., 20 ans, tonnelier, entré le 1^{er} août 1874, dans le service de M. Martineau : aucun antécédent rhumatismal. Il y a quinze jours il contracta une blennorrhagie : sept jours après le début de l'écoulement urétral, il éprouva des douleurs vagues au cou-de-pied gauche : synovite des gaines latérales ; l'articulation est indemne.

A l'entrée, la fièvre est légère, il y a quelques sueurs.

9 août. Arthrite de l'articulation métacarpo-phalangienne à l'index droit : en outre, le malade ressent une douleur dans la cuisse, le long du trajet de la saphène : il n'y a pas de rougeur : la pression augmente la douleur et au palper on sent un cordon induré, peu développé : les veines de la cuisse gauche font saillie, les ganglions inguinaux sont engorgés.

14 août. La rougeur apparaît le long de la saphène, depuis la malléole interne jusqu'à l'embouchure de cette veine dans la fémorale. A ce niveau se trouve un ganglion de la grosseur d'une noisette : la largeur de la bande rouge est d'environ 2

centimètres : la pression est très douloureuse. On pose le diagnostic d'angioleucite et de phlébite.

15 août. On constate de l'amélioration ; la pression est encore douloureuse, mais la bande rouge a presque disparu et l'on ne sent plus le cordon dur.

18 août. Recrudescence de la douleur dans la cuisse, la palpation fait découvrir à nouveau la saphène, comme un cordon dur douloureux : frictions à l'onguent mercuriel.

20 août. Amélioration : la douleur diminue et la saphène paraît moins dure.

21 août. Les douleurs et le gonflement persistent toujours au niveau du pied gauche et de la main droite.

Plus rien du côté des vaisseaux de la jambe.

Le 23 septembre, le malade part pour Vincennes, il n'est pas guéri. Il lui reste de la raideur de la main droite : le gonflement du pied a peu diminué.

OBSERVATION V

(HAMONIC, *in* thèse de STRATIGOPOULOS).

Adolphe R..., 24 ans, entre au dispensaire d'Hamonic, le 3 novembre 1886. Il est atteint, depuis huit jours, d'une blennorrhagie, avec douleurs vives, écoulement abondant ; pas de fièvre : état général satisfaisant.

Le pus est chargé de gonocoques. Pas d'antécédents héréditaires. Dans ses antécédents personnels on trouve une fièvre scarlatine à l'âge de 5 ans, la fièvre typhoïde à 17. Pas de rhumatisme. — Traitement. Bains. Kbr. repos, eau de Vichy repos.

Le 12 novembre amélioration locale : mais teinte terreuse du visage, langue saburrale, vomissements. En un mot état infectieux gonococcique.

Le 15 novembre le malade éprouve de vives douleurs dans tout le membre droit qui est tuméfié ; œdème malléolaire marqué ; les mouvements imprimés au membre sont douloureux. La douleur est diffuse, mais son maximum siège à la partie an-

téro-interne de la cuisse : la saphène interne forme un cordon dur s'étendant du condyle interne du fémur à l'embouchure de cette veine dans la fémorale.

Rien du côté des jointures ni au membre du côté opposé.

Le diagnostic de phlegmatia dolens s'impose.

Traitement.— Badigeonnages avec parties égales d'huile et de laudanum. Enveloppement ouaté.

19 novembre. — Douleur locale moins vive ; la température qui était élevée les jours précédents, tombe un peu.

22 novembre. — L'œdème diminue ; pas de fièvre ; le cordon de la saphène est moins volumineux.

28 novembre. — On ne sent plus le cordon induré ; état général assez satisfaisant.

Le 5 décembre, l'écoulement urétral a cessé complètement ; le malade se lève et sort.

Le 13 décembre, après s'être livré à des excès de boisson et au coït, le malade est repris d'un écoulement jaune-verdâtre ; injections de résorcine.

Le 24, l'écoulement semble avoir disparu ; aussi le malade part-il en voyage, et, pendant les fêtes de Noël, se livre à des excès de tout genre.

Le 3 janvier 1887, le malade revient au dispensaire : l'écoulement est très abondant, chargé de gonocoques : le malade est pâle, terreneux, la langue est blanche, il y a des nausées, et de la fièvre.

Le 5 janvier, douleur à la cuisse droite ; on constate, le long de la saphène interne, un empâtement allongé de haut en bas, très douloureux à la pression ; pas d'œdème. Il s'agit là évidemment d'une nouvelle poussée de phlébite infectieuse.

Traitement.— Laudanum et ouate sur la cuisse, potion salicylée le matin, sulfate de quinine le soir.

Le 7 janvier, le cordon induré s'étend jusqu'au bas de la jambe ; le membre est très œdématié.

Le 10, amélioration ; la fièvre diminue.

Le 11, accès de fièvre.

Le 20 janvier, tout va bien, à peine existe-t-il un peu d'œdème ; le cordon induré est très peu accusé.

L'écoulement est tari.

Le 30, guérison ; le malade peut se lever.
Le 25 février, cessation de tout traitement.
Le 14 mars, la guérison se maintient.

OBSERVATION VI (résumée)

(Observation VIII de MARTEL)

D..., 27 ans, maçon, entre le 22 juin 1886 à l'hôpital Necker, dans le service de M. Le Fort.

Aucun antécédent rhumatismal héréditaire ou personnel. Le malade a une blennorrhagie depuis 20 jours : l'écoulement est blanc-jaunâtre, peu abondant.

Il y a six jours, il est survenu une douleur dans les deux genoux et dans l'épaule gauche.

A son entrée, on constate une rougeur diffuse, assez large sur le trajet des vaisseaux fémoraux ; et un peu d'œdème de la jambe. Douleur à la pression, aucune lésion sur les membres inférieurs, pas de varices ; les ganglions inguinaux ne sont pas tuméfiés. Par la palpation, on sent un cordon induré, douloureux, au niveau de la veine fémorale à la partie supérieure du triangle de Scarpa, pas d'arthrites, pas de fièvre.

Repos au lit, cataplasme.

Le 30 juin, la douleur à la pression sur la veine fémorale existe toujours ; les douleurs articulaires ont disparu ; l'écoulement a beaucoup diminué.

Le 10 juillet, on ne sent plus le cordon, mais la pression est encore un peu douloureuse.

Le 18 juillet, le malade sort complètement guéri.

OBSERVATION VII (Résumée)

(due à LE ROY, *in* thèse de MARTEL).

T..., Jean, 21 ans, entré dans le service de M. Mauriac le 26 avril 1887, a contracté une blennorrhagie, il y a un mois,

traitée pendant quelque temps par l'opiat. Il y a huit jours, douleur et tuméfaction du genou gauche : le malade n'a jamais eu de rhumatisme antérieur ; puis le poignet droit se tuméfie et devient douloureux à son tour. Deux jours plus tard localisation sur le poignet gauche.

Au moment de son entrée, on constate une arthrite du poignet droit et une du genou gauche.

La pression au niveau de la veine fémorale gauche éveille une douleur notable ; le mollet gauche est très tuméfié. A son niveau, la peau présente une coloration rosée, parcourue par des trainées bleuâtres : les veines superficielles sont dilatées, mais non oblitérées.

La masse du mollet présente une dureté extrême, et une très forte douleur à la pression.

Langue blanche, constipation, soif vive, température 39.3.

Le 1^{er} mai, état général amélioré. Epistaxis légères, comme les jours précédents du reste.

Le pus urétral montre des cocci groupés deux à deux ; le sang examiné à l'état frais présente également quelques cocci.

Le 4 mai ; le mollet est moins adématié et moins dur.

Le 22 il reste un peu d'hydarthrose du genou gauche : le mollet est complètement guéri.

OBSERVATION VIII

(observation de STRATIGOPOULOS, due à TÊDÉNAT)

Paul C..., 21 ans, employé, de bonne constitution, n'a jamais eu de maladies. Aucun antécédent héréditaire ou personnel au point de vue syphilis, tuberculose ou rhumatisme.

Le 3 décembre 1887, début d'une blennorrhagie survenue cinq jours après le coït ; elle évolue régulièrement jusqu'au 23 décembre.

Le 24, symptômes de cystite légère du col, pas d'hématurie.

Le 27, le malade éprouve au bas-ventre, du côté droit, une douleur sourde, superficielle, irradiant du pli de l'aîne.

On constate un peu de rougeur et une certaine induration cylindroïde peu marquée le long de la veine sous-cutanée abdominale.

Malgré le repos et les cataplasmes, la douleur persista jusqu'au 8 janvier. — A ce moment, elle avait presque complètement disparu lorsque des phénomènes analogues se produisirent tout le long de la cuisse du même côté : sur le trajet de la veine saphène interne on sentait un gonflement cylindrique, douloureux à la pression ; ce trajet était indiqué par une trainée rouge légère.

Malgré des cataplasmes laudanisés et des applications de pommade mercurielle belladonnée, la douleur persista jusqu'au 2 janvier. A ce moment, l'antipyrine à la dose journalière de trois grammes produisit une disparition rapide des douleurs ; la disparition complète des signes objectifs de la phlébite ne se fit pas avant le 13 février.

L'Écoulement urétral resta assez abondant jusqu'au 22 février, malgré l'emploi des balsamiques. Les injections avec une solution de trois grammes de résorcine pour 150 grammes d'eau, faites trois fois par jour, guérèrent vite l'Écoulement, qui avait disparu le 8 mars.

OBSERVATION IX.

(*in* thèse de STRATIGAPoulos, due à TÉDENAT.)

J. A. C...., artiste lyrique, vingt-quatre ans, lymphatique, bien constitué ; pas d'antécédents héréditaires ou personnels.

Au vingt-cinquième jour d'une blennorrhagie d'intensité moyenne, traitée par des tisanes et de l'eau de goudron, survint une épididymite droite, qui fut rapidement améliorée par le suspensoir ouato-caoutchouté d'Horand.

Le 30 décembre, survient une douleur vive un peu au-dessus de la partie moyenne de l'arcade crurale droite. Elle ne tarda pas à présenter des irradiations multiples dans toute la région iliaque.

Cette douleur était, à son maximum, le long de la veine sous-

cutanée abdominale, qui se dessinait sous forme d'un cordon peu dur, mais très appréciable à la vue et au toucher ; il n'existait qu'une vague coloration rosée.

Malgré le repos, des cataplasmes, des onctions mercurielles la douleur et les autres signes objectifs de phlébite persistaient ; le 15 janvier, un purgatif salin, ce jour-là, parut contribuer à la disparition rapide de ces accidents. Elle était presque complète, le 23 janvier.

L'écoulement, traité à partir du 5 janvier, par des injections de sulfate de zinc, (1/300), diminua sensiblement : mais le 2 février, à la suite d'excès de boisson, l'écoulement redevint abondant, la miction douloureuse, et le 5 février, il se fit une rechute de phlébite dans la veine déjà affectée et certain gonflement douloureux dans le genou droit.

L'articulation fut soumise à l'immobilisation, dans un enveloppement ouato-caoutchouté, et, au bout d'une quinzaine de jours, la guérison était complète, peut-être grâce aussi à l'emploi du sulfate de quinine à la dose de 0,50 par jour.

L'écoulement céda à des instillations de nitrate d'argent (1/60), faites, tous les deux jours, du 10 au 20 février.

OBSERVATION X

(in thèse de STRATIGOPOULOS

Julie X..., domestique, âgée de vingt-huit ans, lymphatique, de constitution délicate, sans manifestations syphilitiques ou rhumatismales antérieures.

Entre à l'hôpital Saint-Éloi, le 5 janvier 1887, pour une inflammation du genou gauche datant de cinq semaines.

M. Tédénat diagnostique une arthrite ankylosante blennorrhagique, se basant sur un écoulement vaginal abondant, où l'on constate le gonocoque.

Le 7 janvier, douleurs sourdes dans la cuisse droite ; le 8 janvier, signes objectifs d'inflammation de la saphène interne droite, qui dessinait un cordon, pâteux plutôt que dur, douloureux à la pression.

L'enveloppement ouaté amena la disparition lente de la phlébite, qui n'était pas entièrement guérie le 20 mars, quand la malade quitta l'hôpital. Quant au genou, il était ankylosé en bonne position.

OBSERVATION XI

(In thèse d'ESPAGNAC 1896).

M... A., cuisinière, entre à l'hôpital Broca, salle Cullerier. le 13 novembre 1894. Elle est atteinte de vaginite intense dans laquelle l'examen bactériologique révèle l'existence de nombreux gonocoques. Cette affection évolue normalement pendant quinze jours ; l'amélioration est déjà nette, grâce aux injections de permanganate, lorsque le 2 décembre survient une douleur dans la cuisse droite.

Pas de gonflement, pas de cordon dur ; ces deux symptômes apparaissent trois jours après. Le cordon veineux est formé par la saphène interne ; il occupe la moitié supérieure de la cuisse. Le gonflement est peu considérable : la coloration des téguments est normale, les douleurs spontanées peu vives.

L'œdème augmente pendant huit jours, tout en restant modéré.

Il diminue ensuite, et, au bout de trente jours, il avait complètement disparu. Le cordon veineux diminue plus lentement : il était encore sensible quand la malade sortit.

On n'a noté aucune hyperthermie, aucun symptôme général.

Le seul traitement a été l'immobilisation dans un épais pansement ouaté...

OBSERVATION XII

(GOUGET, *Presse médicale*, 1895).

L..., Maria, 49 ans, domestique, entre à la Charité, salle Cruveilhier, le 23 septembre. Elle vient à l'hôpital, parce que deux

jours auparavant, elle s'est trouvée prise de douleurs dans l'épaule et le coude gauches.

Elle n'a d'ailleurs jamais eu de rhumatismes, ni aucune autre maladie. Elle a accouché à seize ans : les suites de couches ont été normales.

Lorsqu'on l'examine, on ne trouve qu'une certaine douleur des deux articulations à la pression et lors des mouvements provoqués.

Il n'y a ni rougeur ni gonflement.

En cherchant la cause de ces douleurs articulaires, on apprend que la malade, atteinte habituellement d'une légère leucorrhée, a été prise, quelques jours auparavant, de pertes verdâtres, abondantes, empesant le linge. Elle n'a d'ailleurs ni envies fréquentes d'uriner, ni dysurie, ni douleurs abdominales. Rien au cœur. Température, 38°2.

Le traitement consiste en quinine, 0,50 centigrammes, injections vaginales au permanganate de potasse, onctions au baume tranquille, enveloppement ouaté.

Dès le lendemain, le genou et le cou-de-pied droits deviennent douloureux, toujours sans tuméfaction ni rougeur. Puis, quelques jours après, les douleurs dans l'épaule et le coude gauches disparaissent, mais le genou et le cou-de-pied gauches se prennent à leur tour, toujours de la même façon.

En même temps, assez forte diarrhée. La température se maintient entre 37°8 et 38°.

Dans les premiers jours d'octobre, les douleurs articulaires disparaissent, sauf au niveau du genou droit, que la malade ne peut étendre complètement ; néanmoins, elle peut se lever et marcher un peu.

L'écoulement vaginal a considérablement diminué ; la température tombe, le 5 octobre, à 37°4, pour y rester les jours suivants.

Le 9 octobre, dans l'après-midi, la malade étant levée, éprouve une certaine douleur, avec sensations de raideur, sur le devant de la cuisse droite. En même temps, elle ressent un malaise général. Depuis quelques jours, d'ailleurs, elle a perdu l'appétit.

Le soir, la température monte à 37°9 ; le lendemain matin, elle est à 38°.

On constate alors, sur la face antérieure de la cuisse droite, une trainée rougeâtre, commençant au tiers supérieur, un peu en dedans de la partie médiane, pour s'étendre obliquement en bas et en arrière jusqu'un peu au-dessus du condyle interne du fémur correspondant, par conséquent, au trajet de la saphène interne.

Sous cette trainée rouge, on sent au palper, un cordon arrondi, parfaitement régulier, assez douloureux à la pression. Il n'y a pas trace d'œdème ni au niveau de la cuisse, ni au niveau des malléoles.

Repos complet au lit ; enveloppement ouaté de la cuisse.

Un peu de sang prélevé par piqûre sur l'index gauche est examiné au microscope et ensemencé sur gélose au sang humain ; les deux épreuves restent négatives.

Le 10 octobre, même état, 37°9.

Le 11 octobre, la température tombe à 37°2. La rougeur et le cordon veineux persistent, mais la rougeur est moindre. Le genou droit est maintenant redevenu parfaitement libre.

Le 12 octobre, la rougeur a disparu sur la moitié supérieure de la cuisse, mais elle s'est étendue en bas jusqu'à la partie postérieure du condyle interne.

Deux jours après, elle s'est complètement effacée : le cordon veineux n'est plus appréciable qu'à la partie inférieure de la cuisse, sur une longueur de quelques centimètres. Il disparaît les jours suivants, en même temps que se développe une légère tuméfaction douloureuse à la partie supéro-interne de la jambe, au niveau des tendons de la patte d'oie. Cette tuméfaction se dissipe elle-même rapidement.

Le 17 octobre, la malade est examinée au speculum : l'écoulement vaginal est presque complètement tari, mais on fait sourdre de l'urèthre, par pression sur ses parois, une goutte de pus blanchâtre.

De l'orifice externe du col utérin, sort un bouchon muco-pu-

rulent, épais ; l'utérus lui-même est très légèrement sensible au toucher. Rien dans les culs-de-sac.

L'examen du pus uréthral et du mucopus utérin, montre de nombreux diplocoques réniformes, intra-cellulaires, se décolorent par le gram.

CONCLUSIONS

1° Il y a une phlébite blennorrhagique.

2° C'est une complication rare de la blennorrhagie ;

3° Elle est due au gonocoque seul ou associé à d'autres microbes ;

4° Elle accompagne presque toujours les manifestations articulaires ;

5° C'est une affection bénigne dont les signes et le traitement n'offrent rien de spécial.

Vu par le Président de la Thèse :

A FOURNIER.

Vu par le Doyen :

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

Bulletin de la Société médicale des hôpitaux, tome IV, 1867.

Fournier. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*
1869-1892.

Vœlker. Thèse de Paris, 1868.

Empis. *Gazette des hôpitaux*, 1868.

Lelong. Thèse de Paris, 1869.

Vidart. Thèse de Paris, 1875.

Talamon. *Revue de médecine et de chirurgie*, 1878.

Martel. Thèse de Paris, 1887.

Viccaji. Thèse de Paris, 1888.

Stratigopoulos. Thèse de Montpellier, 1888.

Jullien. *Traité des maladies vénériennes*, 1886.

Audry. *Annales de dermatologie*, 1887.

Besnier. *Dict. encyclop. des sciences médicales* (article rhumatisme).

Eraud. Métrite blennorrhagique gonococcienne avec salpingo-ovarite concomitante. Phlébite du membre inférieur gauche.
Annales de dermat., 1894.

Souplet. Thèse de Paris, 1893.

Touton. Métastases blennorrhagiques, IV^e congrès de la Société allemande de dermat., Breslau, 1894.

Jacobi. Métastases blennorrhagiques. IV^e congrès de la Société allemande de dermat., Breslau, 1894.

Gouget. *Presse médicale*, 7 décembre 1895.

Le Branchu. De la nature infectieuse des phlébites. Thèse de Paris, 1894.

Patoir. L'infection blennorrhagique. Ses accidents généraux et manifestations à distance (thèse de Lille, 1895).

M. Sée. Le gonocoque (thèse de Paris, 1896).

Espagnac. Étude de la phlébite blennorrhagique (thèse de Paris, 1896)

Guiard. Complications locales et générales de la blennorrhagie aiguë et chronique, 1898.

LIBRAIRIE A. MALOINE

23-25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23-25, PARIS

- AUSSET** (Dr), professeur agrégé. **Leçons cliniques sur les maladies des enfants**, faites à l'hôpital Saint-Sauveur. 1896-97. 1 volume in-8, 1898..... 5 fr. »
- BERDAL** (Dr), médecin de consultations à l'hôpital Saint-Louis. **Traité pratique des maladies vénériennes**. Préface de TENNESON. In-8, 1897, avec fig. et pl. col..... 10 fr. »
- BERNHEIM**. **Immunisation et sérumthérapie**. 2^e édition, revue et augmentée. In-8, 1897..... 4 fr. »
- BERNHEIM**. **Formulaire clinique**, formules pratiques recueillies à la polyclinique de Vienne. Traduit sur la 15^e édition et augmenté de nombreux travaux originaux. Un vol. in-32, cart., 1896..... 4 fr. »
- CHATELAIN**. **Précis iconographique des maladies de la peau**. Ouvrage accompagné de 50 PLANCHES HORS TEXTE EN COULEUR, reproduite, d'après nature, par FÉLIX MÉHEUX, dessinateur des services de l'HÔPITAL SAINT-LOUIS. Un fort vol. gr. in-8, 1896, relié toile..... 25 fr. »
- COURTADE**. **Manuel pratique du traitement des maladies de l'oreille**. Un vol. in-18, 1895..... 4 fr. »
- JAKOB** **Atlas du système nerveux**, suivi d'un précis d'anatomie, de pathologie et de thérapeutique des maladies nerveuses. Ouvrage comprenant 98 pl. color. et fig. dans le texte. Traduit par les D^{rs} REMOND, professeur à la Faculté de Toulouse, et CLAVELIER, chef de clinique. In-12, cartonné, 1897..... 12 fr. »
- KRAFFT-EBING**. **Traité clinique de psychiatrie**, traduit sur la cinquième édition allemande, par le Dr EMILE LAURENT. Un fort vol. in-8, 1897..... 20 fr. »
- LEVILLAIN**. **Essais de neurologie clinique, neurasthénie de BÉARD et états neurasthéniformes**. In-12, 1895..... 4 fr. »
- MALBEC**. **Consultations et ordonnances médicales**, 2^e édit., revue et augmentée, in-18, rel. souple, 1897..... 4 fr. »
- MAURANS** (Dr de). **Compendium moderne de médecine pratique**, publié sous la dir. du Dr DE MAURANS. In-8, de 720 p., 1894. 12 fr.
- NOGUÉ**. **Précis de posologie infantile**, In-8, rel. s., 1895.. 3 fr. 50
- PANSIÉR** (d'Avignon). **Traité d'Électrothérapie oculaire**, avec une préface de M. le Dr E. VALUDE. Un vol. in-18 avec fig. 1895.... 6 fr. »
- PANSIÉR** (d'Avignon). **Traité de l'œil artificiel**. Un vol. in-18 cart. avec fig., 1895..... 4 fr. »
- STAPPER**. **Traité de Kinésithérapie gynécologique** (système de BRANDT), nouvelle méthode de diagnostic et de traitement des maladies des femmes. Ouvrage contenant la traduction du livre de BRANDT et 130 fig. In-8, 1897..... 12 fr. »
- TRUC**, professeur de clinique ophtalmologique à Montpellier, et **VALUDE**, médecin de la Clinique ophtalmologique des Quinze-Vingts. **Nouveaux éléments d'ophtalmologie**. 2 vol. in-8, 1886, avec 257 fig. et 1 pl. en couleur..... 20 fr. »
- VARIOT**. **La diphtérie et la sérumthérapie**. Etudes cliniques faites au pavillon Bretonneau. In-8, 1898, avec 28 fig. et 1 pl. col.... 12 fr. »
- VAUCAIRE**. **Formulaire de gynécologie, thérapeutique, traitement des maladies des femmes** (Formules des professeurs et médecins spécialistes). In-18, 1895, rel..... 4 fr. »
- VIGNES**. **Technique de l'exploration oculaire**, introduction à l'étude de l'Ophtalmologie. Un vol. in-8 avec 213 fig. dans le texte, 1896.. 8 fr. »